|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 公印種別 | 枚　数 | 公印使用承認欄 |  |  |  |  | 担当者 |
|  | 　　 枚 |  |  |  |  |  |  |

証明書交付願

申請日：西暦　　　　年　　月　　日

愛知医科大学長　 殿

|  |
| --- |
| 申　　込　　者 |
| 学籍番号 |  |  |  |  |  |  |
| 氏　　名 |  |

下記のとおり証明書を交付願います。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 証明書の種類 | □ 卒業証明書（和文・英文）　　　　　　　　　　　　　　 　通□ 成績証明書（和文・英文）　　　　　　　　　　　　　　 　通□ その他（　　　　　　　　　　　　）（和文・英文）　　 　通 |
| 事由.提出先 | （事 由）　□ 大学院受験　□ マッチング　□ 就職用（勤務先提出用） 　□ 医師国家試験受験　□ 学位証明　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| (提出先) |
| 氏　　名（卒業時の姓名） |  　 |
| ローマ字表記（英文証明書の場合） |  |
| 生年月日 | （ 西暦 ）　　　　 　　年　　　月　　　日 生 |
| 卒業年月 | （ 西暦 ）　　　　　　 年　　　月 卒業 |
| 送付先 | 住所〒　　　　 － 　　　　　　氏名 |
| 連絡先 | TEL： － －  | FAX：　　 　－　　　　－　　　　　  |
| Mail: 　　　 ＠ |

※ご記入の上メールにて送信ください。MAIL:gakusei@aichi-med-u.ac.jp